

自己防衛機制を強化した対処行動がとれるようになることを 目的とした教師の面接について考える —つらい出来事を乗り越える心理的強さと愛着について—

平井豊美* 幸島美絵**
HIRAI Toyomi KOJIMA Yoshie

要 旨

本稿は看護学生のメンタルヘルス（mental health）について、当事者と保護者に対して面接相談を行った結果を検討したものである。入学直後の1年前期の面接の時期に学生から自発的にメンタルの相談を受けた。学生は青年期心性を客観的にとらえ、自己の自意識や情動不安定性、これから始まるであろうと予測される学習への負荷の不安を、冷静に見つめていることが特徴的であった。

Key words: ペプロウ看護論・愛着形成・トラウマ体験・自傷行為・転移

はじめに

不登校をはじめとする思春期の児童、生徒の学校不適応は、社会現象としても注目された。高校生の高校中途退学者は1989年には12万人を超えたとされている。このような状況に対する対策の一つとして学校現場と精神科医との連携が行われ始めた。しかし、現状は、スクールカウンセラーを置いていない学校もあり、平成13年度からは、各都道府県等からの要請を踏まえて、全国の中学校に計画的に配置する“ことを目標とし、その成果と課題等を調査研究するためスクールカウンセラー活用事業補助を開始し、各都道府県等がスクールカウンセラーを配置”するために必要な経費の補助を行っている（平成18年度予算 4, 217百万円）⁴⁾。

面接・相談は教師の役割として多くを占めている。精神症状の早期発見や、いじめ被害者の早期発見に相談業務が十分に機能しているか、今後の研究が待たれるが、本論文はいじめにより適応障害となった学生の面接を通して担任の“面接・相談”という関わりをまとめたものである。学校保健法等の一部を改正する法律の公布について第8条の健康相談についても、児童生徒等の多様な健康課題に組織的に対応する観点から、特定の教職員に限らず、養護教諭、学校医、学校歯科医、学校薬剤師、担任教諭など関係教職員による積極的な参画が求められるものであること²⁾。と生徒のメンタルヘルスに留意することが政令公布された。

I. 研究の目的

適応障害を持つ学生の衝動行動がどの場面でおきるのか観察し、自己防衛機制を強化した対処行動がとれるようになることを目的とした教師の面接について考察する。

II. 研究方法

1. 研究期間：20XX年Y月～Y月+10月
2. 研究対象：A氏 18歳女性（適応障害）
3. 研究方法：事例研究

面接、ナラティブ・アプローチ、観察により情報収集し検討した。

III. 適応障害に至った経緯

高校三年生の時に男子生徒複数人から“おまえ不細工”といわれ、ショックで眠れなくなった。“自分が自分でないような気がして、その後、何も楽しくなく、何も関心がもてなくなった。今も死にたいと考えている”という初回時の面接の相談から母親同伴の精神科受診を勧め、適応障害という診断を受けた。

IV. 面接の実際と介入

教師とA学生の面接とA学生のナラティブから、援助内容をペプロウ人間関係の看護論の諸局面^{註1}に照らし合わせ、学生の状態と言動をアセスメントし、介入の工夫をおこなった。筆者の理解するナラティブは、「語り」と訳され、語る人の体験した物語である。語る人の体験した物語に意味づけを行い、体験者の問題を外在化させていく営みである。ナラティブはストーリーとは異なり、体験者の不在の物語ではないので、適正な訳語がなく、日本語では“ナラティブ”と表記される。高橋氏によれば、1980年代の欧米の家族療法における認識論的展開の動向は、“社会構成主義”と呼ばれる認識論的枠組みへと収斂しながら、90年代にはその実践的方法論を提示しようとする試みがさまざまに行われてきた。中でもEpston, D. & White, M. の“外在化（Externalization）¹⁹⁾”、

* 大和大学保健医療学部看護学科

** 大和大学保健医療学部看護学科

平成27年9月30日受理

Anderson, T. らの“リフレクティング・チーム(Reflecting Team) ¹⁾”, Anderson, H. & Goolishian, H. の“対話モード(Dialogical Mode) ⁵⁾”などは、家族療法の流れを汲んだ心理療法(Therapy)の新たな姿の指標として注目された³⁾。治療的手法は非因果論的、アンチ要素還元主義と言える。

次の図1は、ペプロウの看護師 - 患者関係の人間関係の概念図⁶⁾であり、関係の変容を示すものである。学生のナラティブを、ペプロウの人間関係の理論⁶⁾に基づき、4つの局面でアセスメントし、教師と学生の気づきを振り返った。

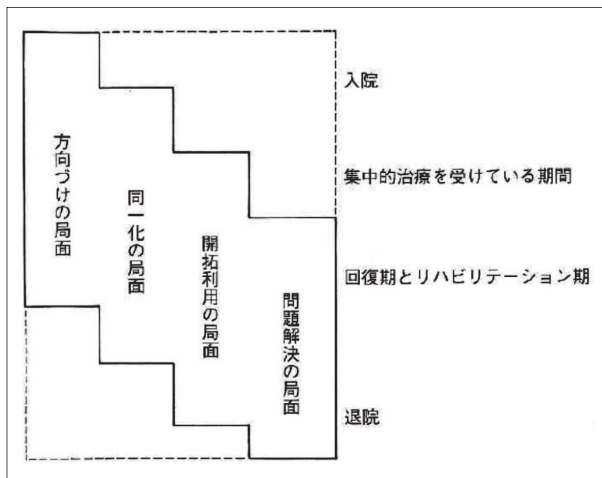


図1 看護師-患者関係における重なり合った諸局面 Peplau, H. E. (1952)

1. 自分でできる対処行動の獲得の促しをした時期 (方向づけの局面)

学生の状態と言動	アセスメントと介入
授業中に不安衝動が起きると、教室から出て洗面所で手や顔を洗い、深呼吸をしていた。洗面所で鏡をみながら、足を踏みしめ、自己の存在を確認するようであった。不安を吐き出すように深呼吸をしたあとに教室に戻った。	4月の面接で、授業中に衝動をコントロールできないと感じたら、すぐに教室を出て良いと許可をしていた。少し体を動かし、環境を変えてみることである。授業中に、教室を出て手や顔を洗っていた。不安への対処行動を学び、獲得しつつあった。

2. 語りを聴き続け、十分に話していないようであれば文章にしていた時期 (同一化の局面)

学生の状態と言動	アセスメントと介入
薬の副作用で、主治医に“衝動性が高まる可能性があるから気を付けて”といわれた。薬を25mgから50mgに増やした一週間後、急に気分がまた落ち込むようになりました。(その前までは調子よかった)眠れない夜が続き、いやだなあと思っていた時で、木曜日の夜、お風呂に入っている時、カミソリを見つけて、無意識にそれを手に取っていた。気づけばリストカットしてしまっていた。何も考えずにひたすら腕、手首を切ってしまった。次の日の朝、お母さんに見せて、お母さんを泣かせてしまった。その時初めて後悔した。その夜に病院にいきました。主治医の先生も困ってしまいました。もうこの薬は飲ませられないと言われ今までのSSRI系ではなく、抗うつ薬に変わりました。今までの薬を止めて3日目です。1か月飲みました。余計に気力がなくなり、落ち込みもなくなりました。これは離脱症状でしょうか。腕を切りたくてたまらない。腕を噛みちぎりたい。理由はわかりません。自分の身体に傷をつけたくてたまらないんです。もう、頭がおかしくなりそうです。こんなこと誰にもいえない。明日はもう一度病院に行ってきます。	眠れない日々が続くと、衝動性が高まり、かろうじて対処できていた不安への対処能力が低下する。A学生は不安への対処能力の低下していることと、SSRI系の副作用の衝動性の惹起で自傷行為が助長されるにいたった。心の“つらだなあ”と“苦しい”“憎しみ”など感情表現できる他者が傍にいないため、どこかで学習したリストカットという手段で“死にたい”と“関心を持ってもらいたい、生きたい”という両個性のメッセージをだしている。しかし、感情表現が本当にできないのだろうか。“不細工”と言われたときの“心理的な苦痛や怒り”を“身体的苦痛”に置換させ、不快な感情を無意識の自傷行為で解消しようとしており、母親の“動揺”と“泣く”という行為を引き出した。“初めて後悔した”という感情の動きは、適応障害という症状のために、感情がフリーズしていた時期を超えたと解釈できる。翌日に病院に行くという“生きたい”“このままではいけない”という内省があり、文章で、抑制できない衝動と、自傷念慮を表現している。しかし、母親が泣いたことで心理的な痛みを身体的な痛みに変換する衝動をかろうじて踏みとどまらせているようである。文末の“病院に行く”という一文によって救われ、A学生との内的な同一化が得られたのである。

3. 語りを聴きつづけ、十分に話していないようであれば文章にしていた時期（開拓利用の局面）

学生の状態と言動	アセスメントと介入
<p>X月Y日病院にいつてきました（2週間に1回通院しています）。その日に薬の量が増え、主治医に夜眠れないと伝えたら、7時間ほど効く睡眠導入剤を処方されました。その日からいつもの薬+眠剤を飲むようになってから、夜はぐっすりねむれるようになりました。でも、早い時間に眠剤を飲むようになってから、早い時間に飲むと薬が切れて、夜中に目がさめて、そこから二度寝すると怖い夢を見たりします。薬って難しいですね。最近日中になった時に飲む用の頓服薬が、あまり効いていない感じがしないです。それは眠剤を飲むようになってからです。前までは頓服1錠飲むだけで、ものすごい眠気があったのに、まったく眠くなりません。1回、1錠なのですが、2～4錠飲まないとい、不安感、恐怖感、倦怠感、醜形恐怖がおさまりません。明日は病院に行く日です。先生とそのことをちゃんと相談してみます。自傷行為は薬が変わってからなくなりましたが、まだ跡が残っていて嫌です。</p>	<p>病院に通院し始めて、睡眠のコントロールはできるようになった。自傷行為により、薬剤が増量になったことで、体調と気分との調整をしており、ぐっすり眠れた翌日は服薬の効果が心理的な状態や生理的な状態に影響されることが次第に理解できているようであった。眠れないときも、“不安感”“倦怠感”“恐怖感”“醜形恐怖”というように自己の病中に目がさめて、そこから二度寝すると怖い夢を見たりします。薬って難しいですね。最近日中になった時に飲む用の頓服薬が、あまり効いていない感じがしないです。それは眠剤を飲むようになってからです。前までは頓服1錠飲むだけでも、ものすごい眠気があったのに、まったく眠くなりません。1回、1錠なのですが、2～4錠飲まないとい、不安感、恐怖感、倦怠感、醜形恐怖がおさまりません。明日は病院に行く日です。先生とそのことをちゃんと相談してみます。自傷行為は薬が変わってからなくなりましたが、まだ跡が残っていて嫌です。</p>

4. 語りを聴きつづけ、十分に話していないようであれば文章にしていた時期（開拓利用の局面）

学生の状態と言動	アセスメントと介入
<p>最近、薬のおかげでよく眠れています。朝は少し起きられないときもありますが。先週あたりから、また電車に乗るのが億劫になってきました（一人で）。友達と合流してからは平気なのですが、それまでがすごくキツイです。とにかく、一人になると不安に押しつぶされそうになります。泣きたくなります。母は看護師で夜勤が多く、父も仕事で帰りが遅く、私は一人っ子なので、夜が一人の日が多いです。10月には父は1か月入院してしまいました。まだ、先の話なのに不安で、不安でたまりません。3日前の夜、一人で不安で怖くて頭がおかしくなりそうでした。気が狂ったみたいだったので、髪を20cmほど目の前にあったハサミで切ってしまったことになりました。人間関係の不安があり、不安につぶされそうなときに自傷に至るようである。“不安に向き合う力”と“孤独感に耐える力”を強化するために保護的な人の存在が必要である。</p>	<p>A学生は一人っ子で、生後、祖母と、父から愛情をかけられて育ち、夜勤による母親の不在を埋めるに十分であったと思われるが、夜を一人で過ごさなければならない不安を増幅させるものは、受けたトラウマ体験が、不安や、怒りの感情の想起につながっている。日常のどのような現象が、トラウマ体験の引き金になるか、全てを環境として、教員サイドで予防することは困難であり、家族の理解と協力を得る必要があった。“さみし”と、一人であることに耐えられず、衝動行為をコントロールできないが、髪の毛をカットすることで、身体感覚を直接刺激するリストカットに至る前段階で自傷行動を抑制したことになる。人間関係の不安があり、不安につぶされそうなときに自傷に至るようである。“不安に向き合う力”と“孤独感に耐える力”を強化するために保護的な人の存在が必要である。</p>

5. 語りを聴きつづけ、十分に話していないようであれば文章にしていた時期（問題解決の局面）

学生の状態と言動	アセスメントと介入
<p>夏休みの間、身体の調子は良かったのですが、(私の)父が体調を崩し、3ヶ月入院しなければならなくなりました。昨日から母と二人での生活が始まりました。おばあちゃんがいるのですがアルツハイマーで、母と私だけでは面倒がみれないので今日から施設に入ってもらいました。おばあちゃんは何度説明しても父が入院していることを忘れてしまいます。</p> <p>これから施設に入ることも、それが悲しいです。母とは仲が良いのですが小さなことですぐケンカになります。これから先が不安です。私がしんどくなった時も、母に言いつらくなってきました。</p>	<p>休むという心身の解放が、筋肉の緊張を解放し、心の緊張の解放にも繋がっている。家に帰って、母親に自分のしんどさを話せないようになると、不安感が助長され、衝動行為、自傷行為が活発になる恐れがあった。これまでの経過から、夜、一人になることに耐えられない様子であり、自傷行為を未然に予防するためにも、母親と面談をおこない、A学生の気持ちと不安感を母親に十分に理解してもらう必要があった。母親に電話で事情説明を行い、面談をおこなった。母親はA学生を十分に理解しており、過去の生活を語った。“夜勤を止めて、夜は子供と一緒に過ごすようにする”と現在の心境を語り、子供を心配する様子を述べた。A学生がトラウマ体験を想起しても、現在の温かく、優しい気持ちで“祖母の面倒をみる”などを母子で語ることにより“一人ではない”という新しい価値観と認知を刻みながら、時間はかかるが強くなっていくことが予測され、面接の終了とした。</p>

VI. 事例の転機

A学生の入学時は18歳という年齢で、一学年の夏休みに入る前に、学生の母親と十分な面接を行い、学生を温かく見守り、一緒に過ごすという家庭環境を作る協力を得た結果、夏休みが明けた後期も登校する姿があり、学生にとっては緊張を伴う臨地実習も仲間の支えで乗り越え、看護師国家試験に合格した。

VII. 考察

厚生省の調査結果によれば、平成8年の433万人から平成20年の1041万人と平成8年との比較から気分障害者は2.5倍の増加で推移している。自殺・うつ病等対策プロジェクトチームとりまとめでは、1。我が国の自殺の現状として、平成10年に、それまで年間2万人台前半で推移していた自殺者数が3万人を超え、それ以降は、3万人を超える高い水準で推移をしている⁷⁾。社会環境や不況などの経済状況あるいは社会構造の変化から確かに社会全般にストレスが増大し、人々の価値観

にも変化がおり、うつ状態・うつ病の人は増加し病像も多様化してきている。また、2009年の国立社会保障・人口問題研究所の推定では、自殺・うつ病による社会的損失額は2兆6,782億円とされた。行政用語であるが、所謂、“メンタルヘルス不調者”の増加は、我が国の経済にも多大な損失をもたらしている⁸⁾。学生が在学中に自殺するという不幸な体験をもつ教師もおり、学生に無事に卒業してもらいたいと願っているであろう。教師は、学生に、生きる力を強く持ってもらいたいと願っている。国家試験の合格、卒業は言うまでもない。今回、とりあげた事例は、学生が言葉による暴力を受け、日常生活と学校生活のなかで、不適応傾向を感じて訴えてきた学生である。面接では、この事例の学生以外にも、自傷経験のある学生と面談することは多数ある。緊急性があつて医師にすぐつなぐか、保護者に連絡して保護者の協力を得るか、判断を必要とするが、子供の態度に精神症状の緊急の対応にさしさまていない事例もある。事例の学生は、入学後の環境の変化に高校生の時に“死にたい”と思った以上に、切実に、耐えがなくなったものと考えられる。いじめを受けた直後に、親が子供の問題症状に気づかなかつたか、気づいていてもさしさまて治療の必要を感じることは難しいことである。発症原因の時期的な判断は容易だが、症状の改善には時間がかかる。A学生には、“関心が外に向かなくなった”“死にたい”“醜形恐怖”“一人に耐えられない”“イライラ”“表情がない”“自傷”などが問題症状として観察された。足立(2011年)は、親に対する信頼感覚が抑うつに耐える力を増進させる現象の解明で、“不安に向き合う力”“強がらずに自己主張する態度”“孤独に耐える力”の3つを挙げ、調査している⁹⁾。A学生に、問題に向き合うことを促すためには、不安を抱えていても、素直に自己表現できるといった“抑うつに耐える力”が必要であり、足立の調査によれば、親から信頼されているという感覚や、自分自身への信頼感覚は、困難な状況に陥った時も、問題に向き合い、解決しようという対処方略を促進する要因であることが示唆されている。学生の母親に、4月の面接以降に学生の症状を、刻銘に連絡はしなかった。学生に自己の症状を母親に話せるかどうかの確認をとり、母親は診察に同行しているので、母親は学生の変化を知っていた。また、母親は家庭の状況に相当に疲れているだろうことが考えられたからである。学生の父親の体調の悪さ、祖母のアルツハイマー病、娘の適応障害、家族の体調不良というこれらの深刻な様々な状況の変化に対処し、病気と闘うという状態は、母親が自身の人間性に逆らって自分自身に非常に無理を強い、母親の無理に限界があつたことが想像されたからである。中井(2004年)は、これらの無理は40日から50日と考えており¹⁰⁾、母親を取り巻く環境を考えると、3人の病人の世話、

仕事、家事をこなしていることになり、ときには、投げだしたいと考えても不思議ではない。最後の面談で、母親は学生と一緒に過ごすと言っており、その様子は、子供の信頼する母親であった。足立（2011年）は抑うつに耐える力の多重比較を行い（図2）^{11）}，“親からの被信頼感”と“自分自身への信頼”が“抑うつに耐える力”及び対処方略に与える影響についての検討をしている。“自分自身への信頼”が“強がらずに自己開示する態度”に対して正の影響を与え，“親からの被信頼感”が“不安に向き合う態度”に正の影響を与えていることから、信頼する他者に言語による自己開示をおこなうことは問題に向き合い、解決しようという対処方略を促進させると示唆している。

筆者の事例は、教師によるアセスメントと介入をペプロウ看護論の看護実践の根底にある人間関係に注目し、学生との関わりを、人間関係のプロセスの4つの局面に分けて整理した。この4局面を通して、取り組んだ学生の健康上の問題に、どのような変化があったかを分析することができる。ペプロウの理論を活用する場合、多くは看護活動のどのような面が、患者の問題解決プロセスを促進したのか探求するのであるが、A学生と教師の問題解決のプロセスから、それぞれ変化、成長した側面を探求してみると、病院受診をするという情報が、地域生活に密接した内容の情報提供者であったり、また、ある時は、不安の直面化という気持ちの整理を手伝うカウンセラーとして問題解決を援助している。方向付け以前に、事例の学生と教師の関係性は未知であり、信頼感と被信頼感を考えるとき、学生の成長過程と重要他者である母親との愛着形成はどうであったのかも考えざるをえない。斎藤（2000年）は、子供との人間関係で母子相互作用と愛着形成の関係を分析した結果、“感度のよさ”“情動調律の頻度”，及び“調律の一貫性”が安定した愛着を築きやすく^{12）}、子供のポジティブな情動にもネガティブな情動にも同じように一貫して反応している場合に子供との愛着関係がよいと示唆している。

生後の親との関係が、現在の子供との関係に関連するのは、過去の体験から築かれた愛着の表象が内的ワーキングモデルとして作用すると考えられている。現在の子供との相互作用時に影響を与えているのは、自分の親が、愛情があったかと思えているかどうかであり、親が統制的・支配的であったかどうかでは関連しなかった。すなわち、愛着の表象形成に影響をもち、次世代の母子関係も含めた後の対人関係に作用するのは、自分の親の愛情をどのように意味づけているかということだといえる。ここで、斎藤氏は愛着の表象と人間関係について分析された結果を一つのリスクファクターとしてとらえることが望ましいと述べている^{13）}。平井（1985）では精神疾患を持つ患者との関係性について“信頼”という関係性について述べている^{27）}。また、疾病ではなく、関係性と言う観点から、人間関係について、小林氏の論文を読んでもみると、人間関係を、小林（2013年）はPDD型自己においても、氏の拠って立つ治療経験の、人間関係という視点から論じたものである^{14）}。“現時点で自閉症スペクトラムの障害を精神行動特性として認めた上で、共生の道をさぐるしかないという考えもある”という意見には異議を唱え、氏は、彼らに対する人間関係の“関係の治療者”として、精神療法の在り方と関係性^{15）}を論じており、その態度は温かい。氏はPDD型自己と称した自己のあり方について、障害者自身の“個”のあり方ではなく、彼らの症状を、“関係”の中で彼らに、ある意味では必然的に起こる対人反応として捉え、氏の長年の治療の実績の蓄積の効果の治療的接近を試みている。小林氏は、今日一般的に流布しているPDD型自己さえも“治療不可能なものゆえ、（非可逆的な）障害特性として捉えようとする”主張に反論を行っている。筆者がこのことに取って触れるのは、関わりの困難な症状への固定的な観念の定着を危惧するからである。日本精神科看護学会誌（2012）には、自閉症患者への関わりの論文があり、対人関係の改善と問題行動の低減のみに目を奪われることなく、必ず、認知発達と適応行動の獲得プログラムが同時に用意されていることだとしてある。認知発達と教育について述べ、対人関係は安心感と楽しみのもてるようにしているという論文が紹介されていた。小林氏の観察した所見は、ASDの子どもたちと主たる養育者である母親との関係を困難にしているものが、子供にみられる“甘え”の“関係のアンビヴァレンス”，すなわち，“甘えたくても甘えられない”関係の病理にあるのではないかと事例を紹介しながら、具体的に“甘えたくても甘えられない”様態を詳しく描写され、理解しやすいものであった。関係の中で惹起される“転移”という防衛機制に注目し、“従来の心理学や精神病理学を適用しても、歯が立たない面がある。・・・相互理解のためのさらなる臨床研究の発展が切に望まれる”つまりそれは現

		1. 専門	2. 非行群	3. 大学生	F 値	多重比較
抑うつに耐える力	信頼に耐える力	n 139 平均 2.72 SD (1.97)	n 119 平均 3.16 SD (1.76)	n 375 平均 2.36 SD (1.86)	39.79 ***	2 > 1 > 3
	不安に向き合う力	n 140 平均 2.49 SD (1.60)	n 117 平均 2.53 SD (1.62)	n 374 平均 2.29 SD (1.60)	10.74 ***	1, 2 > 3
	強がらずに自己開示する態度	n 140 平均 3.10 SD (1.94)	n 118 平均 2.97 SD (1.74)	n 373 平均 3.69 SD (1.93)	0.91	n.s.
反応スタイル	回避	n 91 平均 2.98 SD (1.70)	n 117 平均 3.20 SD (1.78)	n 179 平均 3.69 SD (1.83)	2.02	n.s.
	問題への直面化	n 90 平均 2.36 SD (1.73)	n 115 平均 2.19 SD (1.82)	n 176 平均 2.21 SD (1.75)	6.50 **	1 > 2, 3
	ネガティブ傾向	n 91 平均 2.77 SD (1.65)	n 117 平均 2.95 SD (1.73)	n 178 平均 2.93 SD (1.78)	1.87	n.s.
	気分転換	n 89 平均 2.36 SD (1.69)	n 117 平均 2.31 SD (1.73)	n 179 平均 2.66 SD (1.83)	8.95 ***	3 > 1, 2

***p < .001 **p < .01

図2 抑うつに耐える力と反応スタイルにおける多重比較 足立知子

時点で治療不可能なものゆえ、(非可逆的な) 障碍特性として捉えようという主張とは反対の立場を主張されているのである。関係の病理の“アンビヴァレンス”と“ゲシュタルト”^{注2}を感知することができるようになることが、正しく精神療法を行い、幼児時の人間関係の“転移”はなかったかという振り返りを示唆しているのである。今回、特に事例で学生面接と保護者の面談を通し、教師と学生の関係性に人間関係の“転移”はないか、事例のA学生と母親の関係性に“転移”はないかを観察し、関係性の問題への、学生の気づきを探索した。それは安心と安全を保障しながら、“ペプロウの人間関係の看護論”の人間関係を適用し、ナラティブ・アプローチ、プロセスレコードの、学生の事例を振り返り、そのなかで洞察するということはこういうことではないかと筆者等は考えている。

おわりに

学生が適応障害というつらい体験から回復していくプロセスの、人間関係の形成上の愛着形成、信頼関係、転移について考えてみた。学生とその保護者に面談する機会の多い教師が、発達のプロセスという視点から、学生と保護者に働きかけた。

学生のナラティブと学生、教師の双方の気づきに意味づけを行い、教師と学生の関わりの振り返りのなかで、第1に4月の面接の段階で精神科医につなぎ、第2に家族、友人による共感的理解が学生にあることを確認した。学生の10代の終わり、20代の始まりの、共感的理解が得られる友人といると安心であるという時期に重要であろう。第3にナラティブによる告白がカタルシスを得られたと示唆される。思春期は急激な心身の変化により心の均衡を失いやすい時期であり、暴力、反抗、自己破壊行動、自己評価の動揺、過剰な自意識、気分の変動など、共通する心的特性を十分に理解し、適応障害を発見すれば、早期に医療機関につなぎ、服薬、認知行動療法等、科学的な介入を行うことで、リワークに到達できるであろう。

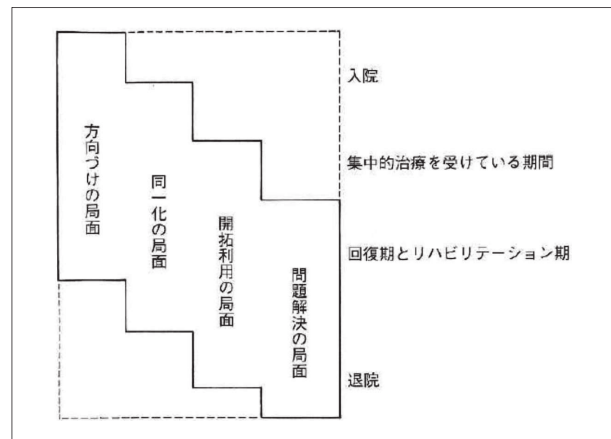
引用文献・参考文献

4) View 2015/8/3
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/kyouiku/houkoku/07082308/002.htm
 2) 采女智津江編：新養護概説，少年写真新聞社，2013。
 3) 高橋規子：高橋規子論文集 ナラティブ・プラクティス セラピストとして能く生きるということ，2013。
 19) White, M., Epston, D. (1990) Narrative Means to Therapeutic Ends. W.W. Norton & Company, New

York.[小森康永訳(1992) 物語としての家族，金剛出版.]

1) Andersen, T. (1987) The reflecting team, Dialogue and meta-dialogue in clinical work. Family Process, 27, 371-395.
 5) Anderson, H., Goolishian, H.A. (1992) The client is The expert, A not-knowing approach to Therapy. McNamee, S., Gergen, K.J. (Eds.) Therapy as Social Construction. Sage Publications, London.[野口雄二，野村直樹訳(1997) ナラティブ・セラピー — 社会構成主義の実践。金剛出版.]
 6) アン・マリナー・トメイ，マーサ・レイラ・アリグッド：Cherie Howk, 高崎絹子訳『ヒルデガード E. ペプロウ 人間関係の看護論』：看護理論家とその業績 第3版 医学書院 p.387. p.389.
 7) 社会・援護局障害保健福祉部，精神・障害保健課。
 8) 中村 純：職場における適応障害・うつ病の早期発見・早期介入，第108回日本精神神経学会学術総会。
 9) 足立知子：家庭における非行少年の立ち直り支援についての研究—少年の親に対する信頼感が抑うつに耐える力を増進させる現象の解明—，若手研究助成最終報告書，2011。
 10) 中井久夫：徴候・記憶・外傷，みすず書房，2004。
 11) 斎藤早香枝：乳児期の愛着形成における母親の愛着表象と母子相互作用の影響，北海道大学医療技術短期大学部紀要，13:41-52，2000。
 12) 前掲
 13) 前掲
 14) 小林隆児：関係からみたPDD型自己(広沢)について—広沢論文『成人の高機能広汎性発達障害の特性と診断—彼らの自己のあり方をもとに』を読んで—，精神神経学雑誌，Vol.115, No.3, pp253-260，2013。
 15) 前掲
 16) 数井みゆき，遠藤利彦編：アタッチメント生涯にわたる絆，ミネルヴァ書房，2006。
 17) Bolby, J.: Attachment and Loss, Vol.3 : Loss, Sadness and Depression, New York : Basic Books, 1980。(黒田実郎他訳：母子関係の理論Ⅲ 対象喪失，岩崎学術出版社，1992.)
 18) 倉戸ヨシヤ，倉戸由紀子，井上文彦，利根川雅弘，岡田由美子，原口芳明，中西龍一，宮井研治，土本薫，西村芳和，中野正樹，中西美和，原谷直樹：ゲシュタルト療法入門 — “今，ここ”の心理療法— 金剛出版，2012。
 19) 日本精神科看護学術集会誌
 The Japanese Psychiatric Nursing society,
 Vol. 55, No. 1, 2012.

- 20) 平井豊美: Integration of Buddhist philosophy to Morita therapy and psychiatric nursing-With dialog daily activities can be expanded in patients with depressions-, 大和大学研究紀要, 第1巻, 2015.
- 21) 中井久夫: こんなとき私はどうしてきたか, 医学書院, 2008.
- 22) 増田公男・山崎勝之・大木祐治・内藤 徹: 発達心理学からの展望子供の心の育ち方, 北大路書房, 1994.
- 23) 中井久夫: 関与と観察, みすず書房, 2005.
- 24) Jacques Lacan: ECRITS, 翻訳:宮本忠雄, 高橋 徹, 佐々木孝次, 弘文堂, 平成20年.
- 25) Akemi Tomoda, Ann Polcari, Carl M. Anderson, Martin H. Teicher: Reduced Visual Cortex Gray Matter Volume and Thickness in Young Adults Who Witnessed Domestic Violence during Childhood Reduced Visual Cortex Gray Matter Volume and Thickness in Young Adults Who Witnessed Domestic Violence during Childhood, Published: December 26, 2012, DOI: 10.1371/journal.pone.0052528.
- 26) 幸島美絵・平井豊美, 精神障がい者のストレス場面における課題特異的自己, 大和大学保健医療学部看護学科, 第35回日本看護科学学会学術集会, 広島, 2015,12,6
- 27) 平井豊美, 精神心理面からとらえた患者管理について, 臨床透析, vol.1, No.8, pp.47 ~ 54



(看護師－患者関係には次の4つの局面)

方向を与え、パーソナリティのなかの肯定的な力を強め、さらには必要な満足を与えてくれる体験として病気を受け入れて病気に耐えるために、自分の感情に関心を向けられるように支援する。

3) 開拓利用 (Exploitation)

この局面では、患者は看護師との関係のなかで自分に与えられるサービスを十分に利用しようとする。看護師は、個人的努力を通じて達成すべき新しい目標を提示することができるが、患者が新しく定められた目標の達成に満足することをためらうとき、力関係は看護師から患者へ傾くことになる。

4) 問題解決 (Resolution)

古い目標は次第にしりぞけられ、新しい目標が立てられる。この局面では、患者は看護師との同一化の段階から抜け出し、自由になる。

図1 看護師－患者関係における重なり合った諸局面 Peplau, H. E. 1952

図2 抑うつに耐える力と反応スタイルにおける多重比較 足立知子, 2011.

注1

ヒルデガード E. ペプロウは看護を「有意義な、治療的な、対人的プロセスである。看護は地域社会にある個々人の健康を可能にする他の人間的な諸プロセスと協同して機能する」と述べており、看護師－患者関係の段階を測定する尺度を開発した。次の図が示す夫々の局面を記す。

1) 方向付け (Orientation)

この局面では、患者はニーズがあるという感覚をもっており、専門的な援助を求めている。看護師は患者が自分の問題を認識し、理解できるように、そして必要な援助を求めることを決意できるように支援する。

2) 同一化 (Identification)

患者が自分のニーズに応えてくれる人と同一化する局面である。看護師は、病気に耐える患者の感情に新たな

注2

ゲシュタルトということばは、「形」「全体」「繋がり」「閉じる」「完結」「統合」を意味するドイツ語からきている、それゆえ、その名のついた心理療法も、クライアントが自らの欲求を「形」にしたり、人間やものごとを一側面だけではなく、「全体」として捉え、心残りなど終わっていない経験を「閉じ」たり、「完結」へと目指し、「繋がり」やまとまりのある方向へと人格の「統合」を志向することを援助するものである。広辞苑では「メロデーなどのように、部分の寄せ集めではなく、それらの総和以上の体制化された構造をさす概念である」とある。「なるほど」「あっ、そうなのか」など、頭で理解するというより、身体中の感覚を伴って腑に落ちる経験の総称を「気づき」という。「気づき」は看護の重要な経験に裏打ちされた感覚であり、「今、ここ」という感覚は現象学的場において惹起される。ゲシュタルト派のセラピーは「気づきに始まり、気づきに終わる」(Perls, 1969) プロセスを辿ることを目標にしている。換言すれば、発見の連続が、ゲシュタルト療法なのである。

